

Régulation des transferts interhospitaliers

V. VIG, A. PUGET, J.P. AUFFRAY

1. Introduction

La prise en charge des urgences s'est profondément modifiée ces dernières années en France. L'organisation du fonctionnement des structures d'urgence a été réglementairement précisée. Les schémas d'organisation sanitaire et l'offre de soins se sont modifiés. Les contraintes financières et démographiques auxquelles sont soumis les hôpitaux et les établissements de soins ont débouché sur une modification du paysage sanitaire avec difficultés d'accès à certains plateaux techniques.

Dans ce contexte, les transferts médicalisés s'adressent à des patients atteints d'une détresse vitale patente ou potentielle, ou dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé. Ils sont motivés par l'admission dans un service spécialisé ou une unité de réanimation, par la pratique d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques non réalisables sur place.

La logique d'un transfert d'un patient est celle d'une progression des soins. Il s'agit de rapprocher le patient ou le blessé vers le centre disposant d'un plateau technique et d'un environnement adapté à son cas.

2. Transferts interhospitaliers

2.1. Transferts inter hospitaliers médicalisés

Le décret du 22 mai 2006 organisant les missions et le fonctionnement de la médecine d'urgence précise bien qu'une des missions des SMUR est d'assurer le

Correspondance : SAMU des Bouches-du-Rhône, Pôle Réanimation, urgences, SAMU, hyperbarie, Hôpital de la Timone, 13385 Marseille cedex 05.

transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet (1).

Le décret ne fait pas de distinction entre transfert primaire et secondaire mais insiste sur l'importance de la régulation et du suivi de l'intervention par le SAMU, il décrit les éléments humains constituant l'équipe d'intervention.

Les conditions de l'organisation des transferts, leur déroulement, la surveillance, le matériel et les personnels ont été définis par les recommandations de la société française de surveillance de monitoring et de d'anesthésie et de réanimation (SFAR) en 1992 puis précisée par la même société en 1994. Leur principe général est la continuité de la chaîne des soins et de la surveillance au cours du transfert. Les conditions de surveillance, de monitoring et de possibilité thérapeutique doivent être au moins égales à celles du service d'origine, elles doivent évoluer avec les techniques appliquées dans les services hospitaliers

Il est à noter que ces recommandations ne s'attachaient pas aux particularités spécifiques des transports de nouveau-nés, de malades psychiatriques ou celles des transports impliquant une logistique particulière pour un déplacement à très longue distance ou dans des circonstances de catastrophe.

2.2. Le transfert infirmier interhospitalier (TIH)

L'augmentation et la diversification des demandes de transfert interhospitalier liées à la réorganisation de l'offre de soins hospitalière ont conduit à proposer la possibilité de transfert infirmier interhospitalier. Il s'agit de transfert entre deux établissements de soins des patients ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée. Ces transferts demeurent cependant organisés et coordonnés par les SAMU départementaux. Il correspond à un nouvel effecteur à la disposition de la régulation intermédiaire entre le transport ambulancier et le SMUR. Le SAMU de France a en bien définis les conditions d'organisation et les limites (2).

3. Transferts interhospitaliers et offre de soins

Les transferts interhospitaliers sont largement tributaires et conditionnés par les ressources en lits spécialisés et plateaux techniques. L'organisation de l'habitat en grands pôles urbains et la nécessité de concentrer les ressources professionnelles et techniques étant rares, le besoin d'une activité minimale pour garantir la qualité des pratiques ont conduit à approfondir et à consolider la gradation de l'offre.

Depuis plusieurs années, on assiste à l'émergence d'un modèle d'organisation fondé sur trois niveaux : l'accueil de proximité, les établissements de recours disposant d'une offre chirurgicale, obstétricale, médicale et de réanimation, les pôles de référence.

Avec les SROS de troisième génération, la carte sanitaire et les contrats relais ont été supprimés. Le schéma actuel vise à favoriser une organisation territoriale. L'implantation des plateaux techniques vise à garantir à la population du territoire l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives aux situations d'urgence. Dans ce contexte, les efforts ont été consacrés à l'amélioration des coopérations entre établissements publics, d'une part et publics et privés, d'autre part. La justification d'un transfert peut être conditionnée par une utilisation rationnelle des moyens médicaux et sanitaires. Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont un des éléments d'une utilisation rationnelle des moyens. Ces transferts interhospitaliers représentent un volume d'activité considérable et prennent de plus en plus un caractère urgent.

La coordination de l'orientation des patients vers l'établissement ou le plateau technique adapté à leur prise en charge devrait s'appuyer sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR). La gestion est sous la responsabilité de l'ARH mais les SAMU jouent une place importante dans leur élaboration et leur application.

L'absence de place dans un territoire impose souvent le transfert dans un autre territoire. Le placement doit être assuré par le médecin demandeur et le médecin régulateur du SAMU du territoire d'origine. Dans tous les cas, le SAMU de référence du territoire receveur doit être informé afin qu'il puisse actualiser l'état de ses ressources.

Autres raisons. Cependant d'autres circonstances peuvent aboutir à la demande d'un transfert interhospitalier. La première, et la plus souvent invoquée, demeure le manque de place, en sachant ce manque de place, notion paraissant évidente et facilement évaluable, est souvent complexe à appréhender. En effet il est quelquefois difficile de savoir si c'est l'indisponibilité du plateau technique ou les capacités d'hospitalisation qui motive le transfert pour manque de place. Le décret sur l'organisation des urgences et les SROS précise cependant que chaque établissement autorisé à l'activité d'urgence a l'obligation d'accueillir et de prendre en charge les patients que son plateau technique lui permet de traiter. L'absence de disponibilité en lits dans un établissement accueillant les urgences ne justifie pas l'interruption de l'activité du service d'accueil ni du plateau technique de l'établissement. La jurisprudence a bien souligné que les établissements de référence étaient dans l'obligation de recevoir, y compris en surnombre, les patients spécifiques de certains plateaux techniques. Si un TIH s'avère nécessaire il devra se faire après accueil et traitement du patient et hors d'un contexte d'urgence.

4. Régulation des transferts

La décision de transfert est prise conjointement par les médecins concernés qui en partagent la responsabilité ; le médecin en charge du patient dans l'unité de

départ, qui a réalisé l'évaluation médicale initiale et qui demande le transfert et qui doit être capable de le justifier ; le médecin du service receveur, qui donne son accord pour prendre en charge le patient, précise son lieu d'accueil et assure la continuité des soins ; le médecin régulateur, qui organise le transfert en accord avec le médecin qui l'effectue. Bien évidemment, le patient ou la personne de confiance qui le représente, doit être tenue au courant de ce transfert, du but de celui-ci et des risques inhérents aux déplacements du patient.

Il paraît logique que le service d'accueil soit choisi par le service demandeur. La confirmation relève de la régulation qui précise l'heure prévue d'arrivée. La recherche de place peut s'imposer pour des urgences spécifiques (neurochirurgie, brûlé, chirurgie vasculaire ou cardiaque...) ou devant l'impossibilité ponctuelle du service demandeur de trouver des places dans ses réseaux habituels. Elle relève alors du régulateur qui l'assure selon les dispositions du règlement intérieur du SAMU.

Le médecin régulateur doit jouer un rôle majeur, c'est lui qui doit s'assurer de la justification de ce transport et qui doit évaluer les risques et les conditions de son exécution. Il peut refuser l'indication d'un transfert médicalisé. S'il accepte le transport, il détermine les moyens en matériel et en personnel les plus adaptés pour réaliser le transfert dans les meilleures conditions, compte tenu des ressources disponibles et des données d'évaluation du patient. La régulation d'un TIH est un acte médical à part entière et à ce titre doit faire ouvrir un dossier de régulation obéissant aux impératifs de tout dossier médical (**tableau 1**).

Tableau 1 – Éléments de régulation et d'organisation d'un TIH

- Demande de l'équipe médicale.
- Demande du patient ou de son entourage.
- Placement :
 - placé dans le cadre d'un réseau ;
 - placé en dehors du cadre d'un réseau ;
 - non placé.
- Pathologie initiale.
- État clinique :
 - pas de modification des paramètres cliniques ;
 - modifications des paramètres cliniques ;
 - détresse.
- Thérapeutiques :
 - pas de thérapeutique ;
 - thérapeutiques urgentes non réalisables sur place ;
 - thérapeutiques en cours.
- Environnement médical :
 - possibilité d'assistance sur place ;
 - pas de possibilité d'assistance sur place.
- Logistique :
 - trajet à effectuer ;
 - météo ;
 - moyens disponibles.

Tableau 2 –

<p>TIH Urgence immédiate</p>	<p>Pathologie évolutive non stabilisée. Geste thérapeutique efficace non réalisé. Hospitalisation en site de proximité.</p>	<p>Hémorragie active. Accident vasculaire cérébral ischémique. Hématome intracérébral compressif. SCA ST + (envisager thrombolyse avant le transfert)</p>	<p>Transfert immédiat. SMUR de proximité. Équipe complète médicalisée.</p>
<p>TIH Urgence</p>	<p>Pathologie grave stabilisée. Forte intensité thérapeutique. Hospitalisation en site de recours.</p>	<p>Insuffisance respiratoire en ventilation artificielle. Complication postopératoire. État septique grave</p>	<p>Transfert entre 2 et 4 heures. SMUR le plus adapté. Équipe complète et compétente Renfort médical possible.</p>
<p>TIH Programmable</p>	<p>Pathologie stable Pas de risque d'aggravation immédiate</p>	<p>SCA non ST+ avec faible stratification du risque. Sepsis sans signe de gravité.</p>	<p>Transfert en fonction des disponibilités. TIH à envisager.</p>

En pratique, il doit répondre à trois questions : pourquoi un transfert ? Quand ? Comment ? La pathologie initiale, l'état clinique et l'environnement médical au moment de la demande du transfert sont les éléments de décision. En pratique, trois degrés d'urgence peuvent être déterminés : le transfert urgent à réaliser dans l'heure, l'urgence relative à réaliser dans les quatre heures et le transfert programmable. Cette classification également appliquée dans d'autres pays disposant de transferts médicalisés (3) détermine le délai de prise en charge, la composition de l'équipe SMUR et le choix du vecteur (tableau 2).

4.1. Transferts en urgence immédiate

Le transfert est urgent et à réaliser immédiatement chaque fois que le patient présente une détresse ou un risque immédiat de complication et qu'une thérapeutique efficace n'a pas été réalisée ou ne peut être réalisée dans les structures dans lesquelles le patient est hospitalisé. C'est le cas des gestes d'hémostase sur des hémorragies actives, de la prise en charge d'une suspicion d'hématome intracérébral, en particulier extradural, de la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral présumé ischémique.

Le transfert interhospitalier s'inscrit alors dans la temporalité et la logique d'une intervention primaire. Le médecin régulateur doit cependant s'assurer, avant d'organiser le transfert, que la thérapeutique ou qu'une thérapeutique alterna-

tive n'est effectivement pas réalisable, s'il existe un risque de décompensation pendant la période de transport. C'est le cas, par exemple, de la demande de transfert pour syndrome coronarien aigu avec en sus décalage du segment ST vers une table de coronarographie, alors qu'une thrombolyse pourrait être réalisée dans les délais en accord avec les recommandations actuelles. C'est le cas également du transfert d'un patient en état de choc hémorragique alors que des possibilités de traitement, même imparfaites, existent sur le site de départ. S'opposer au transport dans ces conditions est cependant quelquefois difficile mais le médecin régulateur se doit au minimum d'informer l'équipe demandeuse et de s'assurer que l'information du patient et de son entourage a été réalisée.

L'équipe SMUR mobilisée est la plus proche. La vocation prioritaire d'intervention primaire de certains SMUR ne peut être opposable à la réalisation de cette mission d'où le terme parfois employé de « primo secondaire ». L'équipe doit être complète : médecin, infirmier et conducteur ambulancier ou pilote. La recherche d'une compétence particulière ne doit pas retarder la mission. Dans le cas d'un transfert en urgence immédiat, tout retard à la prise en charge, alors que des moyens SMUR sont disponibles, peut être considéré comme constitutif d'une perte de chance et donner lieu à contentieux.

4.2. Le transfert en urgence

Il s'agit de patients ayant présenté un état clinique grave, éventuellement une détresse, mais stabilisés par la thérapeutique établie, le risque de décompensation ou d'aggravation à brève échéance est possible. Le diagnostic est établi et le patient est pris en charge par une structure médicale compétente, le plus souvent dans une unité de recours, mais le transfert vers un centre de référence est souhaitable pour le patient. L'intensité thérapeutique peut être élevée ; patient intubé, sédaté, recevant des thérapeutiques à débit constant. Le degré d'urgence n'est pas forcément corrélé à l'intensité thérapeutique. En revanche, la logique n'est plus la même, la priorité doit être l'absence de rupture dans la continuité des soins. La maîtrise des techniques de réanimation et en particulier de la ventilation mécanique doit être acquise et entretenue (4). Le rôle du médecin régulateur est de constituer l'équipe la plus adaptée à la prise en charge du patient. Dans ces conditions, le transfert de patient avec haute intensité thérapeutique comme des SDRA sévères est possible (5). Le transfert doit être réalisé dans les quatre heures.

4.3. Les transferts programmables

Le patient présente une pathologie susceptible de se compliquer ou de s'aggraver mais est actuellement en état stable, un diagnostic est établi et une thérapeutique instaurée. Le patient ne présente aucune détresse mais sera pris en charge par une unité plus spécialisée avec une surveillance médicale accrue. C'est le cas d'un patient en centre de recours et muté sur un centre de référence. Le transfert peut être programmé dans les heures qui suivent en fonction des disponibilités d'accueil et de transport. Le transfert peut être réalisé

éventuellement avec une équipe SMUR restreinte. La possibilité d'un TIH doit être discutée.

4.4. La non indication d'un Transfert médicalisé

Bien que l'on ne dispose pas actuellement d'un index fiable justifiant ou récusant un TIH par un SMUR, le médecin régulateur peut refuser un transport qu'il estime non justifié ; c'est le cas lorsque le patient ne présente aucun caractère de gravité, ou que les risques de décompensation ou de complications immédiates sont considérés comme très faibles. De manière générale, chaque fois que l'intensité thérapeutique et la surveillance médicale sont moindres dans l'établissement receveur que dans l'établissement d'origine l'indication du transfert doit être reconsidérée. Dans ce cas, le transfert peut être réalisé dans le cadre d'un TIH et est organisé par le SAMU de référence ou est redevable d'un simple transport ambulancier et son organisation est sous la responsabilité de l'établissement demandeur. Le refus d'un transport doit être argumenté et les raisons clairement explicitées au médecin demandeur. Une traçabilité de cette décision doit pouvoir être retrouvée en cas de litige.

Si le médecin régulateur peut refuser un transport, il ne peut en changer la destination sans l'accord du médecin demandeur et du patient même si certains transferts ou placements peuvent paraître inadaptés. Il peut en informer le médecin demandeur et le patient mais il ne peut pas changer la décision de sa seule initiative

4.5. Le transfert de données

Un certain nombre de transferts est demandé alors que le diagnostic n'est pas formellement établi et que l'hospitalisation dans un centre de référence n'est peut-être pas indispensable. C'est le cas en particulier des patients présentant des problèmes potentiellement neurochirurgicaux. Le médecin régulateur doit favoriser les conférences à trois et proposer un transfert de données, images en particulier, chaque fois que cela est possible avant d'organiser le transport.

5. Les conditions du transfert

5.1. L'équipe SMUR

L'équipe SMUR est constituée de trois membres : un conducteur ou un pilote, un CCA, un médecin urgentiste. Tout SMUR autorisé doit être capable de réaliser un transfert en urgence immédiate. Pour les transferts urgents de patients recevant des thérapeutiques sophistiquées ou inhabituelles, la recherche d'une équipe possédant une compétence particulière, voire une aide d'un spécialiste est possible. Dans les cas de transferts avec faible intensité thérapeutique et sans caractère d'urgence une équipe sans infirmier est possible, c'est au médecin régulateur de le décider.

Les transferts de longue durée et dans des conditions météo ou environnementales difficiles peuvent nécessiter une aide supplémentaire conducteur ou brancardiers. Aucun texte officiel ne le recommande, c'est une décision au « coup par coup » décidée par le médecin régulateur en concertation avec le responsable de la logistique.

5.2. Le choix du vecteur

Le choix du vecteur, c'est-à-dire en pratique le choix entre un vecteur terrestre ou un vecteur aérien est sous l'entière responsabilité du médecin régulateur. En aucun cas il n'appartient au médecin demandeur ou receveur d'imposer un choix de moyen et en particulier de choisir un transport hélicoptéré. L'ambulance reste le vecteur le plus utilisé, mais au-delà de 30 à 40 km, l'hélicoptère peut se justifier. Le choix d'un transport hélicoptéré est à privilégier chaque fois que le temps de transfert total, et non le temps de vol, est significativement plus réduit et que le temps d'immobilisation de l'équipe médicale s'en trouve raccourci. À l'heure actuelle, les appareils utilisés en transport sanitaire permettent de prendre en charge pratiquement tout type de patients même avec des intensités thérapeutiques élevées.

Les transferts hélicoptérés ne sont pas adaptés aux TIH puisque que tout renfort en cours de trajet est impossible.

En cas de transfert prolongé et en l'absence de possibilité des moyens hélicoptérés, une jonction de deux équipes SMUR est possible lors d'un rendez-vous dans un lieu sécurisé. Cette pratique limitant l'indisponibilité prolongée d'une équipe doit rester rare. La relève supplémentaire fait perdre du temps et le risque de perte d'information est réel (6). Elle ne doit pas être recommandée pour les patients les plus graves. En cas de problème médico-légal il est vraisemblable que les responsabilités seraient partagées entre les deux équipes.

6. Suivi

Le suivi fait partie intégrante de la régulation et des missions du médecin régulateur. Le bilan du médecin transporteur doit confirmer que l'état du patient correspond bien à l'évaluation qui en avait été faite. En cas de disparité d'évaluation une conférence à trois doit être organisée qui peut aboutir à une modification de la décision initiale. Lors du transport, l'équipe SMUR informe la régulation de tout événement grave. Un changement d'orientation est toujours possible en cas de complication, le médecin régulateur doit alors en informer les médecins demandeurs et receveurs.

7. Conclusion

Les TIH seront très probablement une activité importante des SMUR dans les années à venir. Il est possible que la réorganisation de l'offre de soins implique

de plus en plus les unités mobiles hospitalières dans les schémas d'organisation sanitaire. Ce fonctionnement devrait reposer sur une régulation fonctionnant sur des protocoles clairement définis et acceptés de tous les acteurs.

Références bibliographiques

1. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures d'urgence et modifiant le Code de santé publique. Journal officiel de la République française. Texte 12 sur 74.
2. Les Transferts Infirmiers. Inter Hospitaliers : TIH. Recommandations de SAMU de France. [www.sfmf.org/documents/consensus/TIH_recommandations_SdF\(2004\).pdf](http://www.sfmf.org/documents/consensus/TIH_recommandations_SdF(2004).pdf)
3. Brasseur E, Micheels J, Ghuyse A, D'Orion V. Problématiques liées aux transferts médicalisés secondaires en Belgique. Rev Med Liège ; 62 : 97-102.
4. Templier F. Transfert interhospitalier des patients sous ventilation mécanique : aspect pratique. Med urgences. 2003 ; 25 : 307-11.
5. Orliaguet GA, Delpech PH, Carli P, Rozenberg A, Janniere DJ. Interhospital medical transfert of patients with severe ARDS treated with inhaled nitric oxide: is it safe? J eur urgences. 1997 ; 10 : 76-81.
6. Dubouloz F, Vig V. Transfert interhospitalier. In : Guide à la régulation au SAMU centre 15.
7. Bertrand C, Dusseux E, Bellaiche B, Garitain P, et al. Transports sanitaires hélicoptérés. Pourquoi oui ? Médecine d'urgence 2000, p. 57-68. © 2000 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS et SFAR.

